EXPOSE DES TITRES

et

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

du

Dr. Georges PATEY

Candidat

à l'agrégation de Médecine (Section Médecine)

pour l'Ecole Supérieure de Médecine de Hanoï.

EXPOSE DES TITRES

et

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

du

Dr. Georges PATEY

Candidat

à l'agrégation de Médecine (Section Médecine

pour l'Ecole Supérieure de Médecine de Hanoi.

COLLABORATION A L'ENSEIGNEMENT

Clinique médicale de la Faculté - Collaboration à l'enseignement des stagiaires, service de M. le Pr Achard Hôpital Cochin.

Clinique annexe de la Faculté - Collaboration à l'enseignement des stagiaires, service de M. le Pr Ag. Aubertin, hôpital de la Pitié 1934.

Cours de perfectionnement de cardiologie sous la direction des Professeurs Vaquez et Clerc-Hôpital de la Pitié, 1934.

Clinique médicale des enfants - Collaboration à l'enseignement des stagiaires, service de M. le Pr. Nobécourt, hôpital des Enfants Malades, 1935.

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Ordre chronologique

- UN CAS DE DUPLICITE DU SEGMENT SOUS RENAL DE LA VEINE CAVE INFERIEURE, Annales d'Anat. Path. et d'Anat. Normale 3e année, n° 8, 1926, p. 869-872.

- LE NEM-SYSTEME. SON PRINCIPE. SON APPLICATION A L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS. Arch. Méd. des Enfants, tome XXXIV, n° II, p. 645-655.

- TUBERCULOSE DES MENINGES. (en collaboration avec M.J. HUTINEL) Pratique Médico-chirurgicale, III° édition, t.VIII, p.719-73[illegible]

- HYPERTROPIE DU THYMUS (en collaboration avec M.J. HUTINEL). Pratique Médico-chirurgicale, III éd. t. VIII, p. 488-495.

- L'HEREDO-SYPHILIS. Collaboration au livre de M.J. HUTINEL ET de Mme LINOSSIER-ARDOUIN (Gauthier-Villars, 1932)

- UN CAS DE MALADIE DE RITTER (en collaboration avec MM. PAISSEAU & TOURNANT). Bull.Soc.Pédiatrie,Paris,mai 1932,p.357-362.

- DERMATITE EXFOLIATRICE DES NOURRISSONS (encollaboration avec MM. PAISSEAU & TOURNANT). Arch. Méd. des Enfants, t.XXXVI, n° 2, p. 81-94.

- SUR LE TRAITEMENT DE LA MENINGITE CEREBRO SPINALE (en collaboration avec MM. PAISSEAU & TOURNANT). Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux Paris, janvier 1933, p. 103-108.

- LE TRAITEMENT DE LA MENINGITE CEREBRO-SPINALE (en collaboration avec M. PAISSEAU). Gazette Méd. de France, 1er Février 1933 p.83-88.

- UN CAS DE MENINGITE A PFEIFFER GUERIE (en collaboration avec MM. PAISSEAU ET TOURNANT) Bull. Soc. Pédiatrie, Paris, Février 1933, n° 2, p. 93-97).

- ABCES DU POUMON GUERI A L'EMETINE (en collaboration avec M.PAISSE[illegible] Bull. Soc. Pédiatrie, Paris, n° 2, p. 97-101.

- NEPHRITES DE L'ENFANCE ET ULTRA VIRUS TUBERCULEUX (en collaboration avec MM. PAISSEAU, VALTIS & Van DEINST). Bull. Soc. Méd. Hop. Paris, 10 avr. 1933, p. 474-478.

- ANGINE HYPOGRANULOCYTAIRE (en collaboration avec MM. ACHARD et HOROWITZ) Soc. Fr. d'Hématologie, 5 Juillet 1933, t.VII, n° 8, p. 856-859.

- LES NEPHROSES DE L'ENFANT (en collaboration avec M. PAISSEAU) Gazette Méd. de France, 15 Janv. 1934, n° 2, p. 62-65.

- INTOXICATION FONGIQUE (Syndrome phalloïdien de type algido-cholériforme) avec anurie et azotémie. Traitement par la recloration. Guérison (En collaboration avec M. AUBERTIN) Bull. Soc. Méd. Hop. Paris, 18 Février 1935, p.223-238.

- SILICOSE PULMONAIRE (en collaboration avec M. AUBERTIN) Bull. Soc. Méd. Hop. Paris, n° 12, 1935, p. 615-618.

- SUBLEUCEMIE LYMPHOIDE A EVOLUTION LENTE (en collaboration avec M. AUBERTIN) Soc. fr. d'Hématologie, 5 avr. 1935, T.IX, n° 5, p. 539-542.

- HYPOCHLOREMIE & AZOTEMIE DANS LES SYNDROMES CHOLERIFORMES (en collaboration avec M. AUBERTIN). La Médecine Internationale juin 1935.

- LES SYNDROMES AGRANULOCYTAIRES DE L'ENFANT (en collaboration avec M. VESLOT) Bull. Médical, 29 Juin 1935, p. 450-453.

- LE FACTEUR MYOCARDIQUE DANS LA MALDIE DE BOUILLARD CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE. (Etude clinique comparée). I Vol. 175p. Librairie Arnette, 1935.

- LEUCEMIE LYMPHOIDE ET LYMPHOMATOSES SUB. ET ALEUCEMIQUES. (en collaboration avec M. AUBERTIN), in ENCYCLOPEDIE Médico-Chirurgicale 1936 (sous presse).

ANALYSE DES TRAVAUX DIVERS

Nous nous sommes toujours attachés à éviter une spécialisation trop précoce. Aussi dans nos années d'internat avons-nous cherché à tirer le plus d'enseignement possible auprès des malades qui nous étaient confiés. En collaboration le plus souvent avec nos maîtres, nous avons ainsi eu l'occasion, soit aux hasards de la clinique, soit par une recherche systématique, d'attirer notre attention sur une assez grande variété de faits cliniques.

Fréquemment dans les cas qui s'y prêtaient, soit par leur rareté, soit par leur anomalie, nous avons été amenés à rassembler en une monographie les données actuelles les concernant.

Les articles didactiques que nous avons pu publier l'ont été sous la direction de certains de nos maîtres. Ils ont trait également à des sujets variés.

Aussi l'exposition analytique de ces publications, nous semble-t-elle devoir se faire appareil par appareil, tant pour la pathologie de l'adulte que pour la pédiatrie.

<u>ANALYSES DES TRAVAUX DIVERS</u>

Nous nous sommes toujours attachés à éviter u
tion trop précoce. Aussi dans nos années d'internat
cherché à tirer le plus d'enseignement possible su
qui nous étaient confiés. En collaboration le plus
nos maîtres, nous avons ainsi eu l'occasion, soit
la clinique, soit par une recherche systématique,
attention sur une assez grande variété de faits cl

Fréquemment dans les cas qui s'y prêtaient,
rareté, soit par leur anomalie, nous avons été ame
en une monographie les données actuelles les conce

Les articles didactiques que nous avons pu
sous la direction de certains de nos maîtres. Ils
ment à des sujets variés.

Aussi l'exposition analytique de ces publi
semble-t-elle devoir se faire appareil par appare
pathologie de l'adulte que pour la pédiâtrie.

I

MALADIES INFECTIEUSES & INTOXICATIONS



MALADIES INFECTIEUSES & INTOXICATIONS

- L'HEREDO-SYPHILIS. Clinique et thérapeutique, par le Dr J.HUTINEL et le Dr A. LINOSSIER ARDOUIN. Gauthier-Villars & Cie, 1932, 1 vol. 300 p. - Collaboration à la partie clinique, pp. 1-136.

La collaboration que nous avons apportée à l'élaboration de cette monographie porte essentiellement sur la partie clinique de cet ouvrage. Nous avons essayé en suivant les conseils de M. Hutinel de faire une mise au point de la question si discutée de la syphilis congénitale. Nous plaçant en pédiâtre, il nous a paru utile de détrôner en une certaine mesure l'hérédo-syphilis dans toutes les manifestations dites tardives de l'affection. L'exposé des faits comporte à l'occasion de chaque appareil deux chapitres. L'un a trait à la syphilis congénitale dite précoce ou floride : là le rôle du spirochète parait indéniable, dans toutes les modalités du syndrome. L'autre concerne ce que certains comprennent sous la rubrique de l'hérédo-syphilis tardive. Dans ce domaine il nous a paru devoir être très prudent. Aussi de toutes les dystrophies que M. V. Hutinel avait si magistralement décrites dans son traité, n'avons-nous pu en retenir que peu pour certaines. Les autres rentrant plutôt dans le groupe des troubles si variés, de la 3ème enfance, dont beaucoup paraissent plus imputables au rachitisme, aux causes alimentaires, à certaines affections congénitales indéterminées qu'à la spécificité congénitale d'une façon indubitable.

Ainsi nous avons étudié successivement :

Le rôle pathogène des procréateurs dans la génèse de l'hérédo-syphilis. L'étude de la transmission de la spécificité est suivie de celle du dépistage de l'affection chez les parents futurs.

Les syndromes de l'hérédo-syphilis précoce et tardive sont envisagés aux chapitres II et III. Le chapitre IV tend à faire une synthèse des données générales actuellement admises.

A partir du chapitre V, sont envisagées successivement :

1/ Les manifestations cutanéo-muqueuses.

a) les précoces atteignant soit la peau (pemphigus, syphilide de divers types), soit des revêtements cutanéo-muqueux, soit les

I

MALADIES INFECTIEUSES ...

- L'HÉRÉDO-SYPHILIS. Clinique et thérapeutique, ...
  et le Dr A. LINOSSIER ARDOUIN. ...
  1932, 1 vol. 700 p. - Collaboration à la
  pp. 1-136.

La collaboration que nous avons apportée ... cette monographie porte essentiellement sur ... cet ouvrage. Nous avons essayé en suivant ... tinel de faire une mise au point de la question ... la syphilis congénitale. Nous plaçant en ... utile de détrôner en une certaine mesure l'hérédo-... toutes les manifestations dites tardives de l'... des faits comporte à l'occasion de chaque ... 'u a trait à la syphilis congénitale ... là le rôle du spirochète paraît indéniable, ... lités du syndrome. L'autre concerne ce que certains ... sous la rubrique de l'hérédo-syphilis tardive. ... nous a paru devoir être très prudent. Aussi de tou... phies que M. V. Hutinel avait si magistralement dé... traité, n'avons-nous pu en retenir que peu pour ce... autres rentrant plutôt dans le groupe des troubles ... la 3ème enfance, dont beaucoup paraissent plus ... chitisme, aux causes alimentaires, à certaines ... tales indéterminées qu'à la spécificité congénital... indubitable.

Ainsi nous avons étudié successivement :

Le rôle pathogène des procréateurs dans la ... do-syphilis. L'étude de la transmission de la spé... vie de celle du dépistage de l'affection chez les ...

Les syndromes de l'hérédo-syphilis précoce ... envisagés aux chapitres II et III. Le chapitre IV ... s nthèse des données générales actuellement admises ...

A partir du chapitre V, sont envisagées ...

1 Les manifestations cutanéo-muqueuses.

muqueuses. Les lésions des phanères sont l'objet du dernier paragraphe.

b) Tardives elles s'apparentent aux formes de syphilis tertiaires de l'adulte. Sur la peau elles peuvent réaliser soit des syphilis tuberculeuses, soit des syphilides gommeuses, soit des érythèmes tertiaires. Les lésions muqueuses et phanériennes sont beaucoup plus exceptionnelles.

2/ les manifestations hémo-lymphatiques portent surtout dans la spécificité précoce sur la rate et les ganglions. La splénimégalie est précisée dans tous ses caractères. L'hypertrophie du thymus ne semble guère un stigmate de spécificité congénitale.

Les altérations sanguines comportent les anémies simples et les anémies pseudo-leucémiques. L'oligo-sidérémie, les syndromes hémorragiques de la première enfance ne sont imputables qu'indirectement à l'hérédo-syphilis.

Les manifestations tardives sont rappelées : les chloro-anémies, certaines anémies de type pernicieux, l'hémophilie semblent survenir avec prédilection chez des hérédo-syphilitiques.

3/ <u>Les manifestations circulatoires</u> proprement dites ne comportent qu'un court chapitre. - Seul paraît à retenir le rôle possible de la spécificité congénitale dans certaines anomalies cardiaques, dans certaines artérites. Les dilatations veineuses par contre semblent constituer un stigmate assez probant de syphilis congénitale.

4/ <u>Les manifestations digestives</u> englobent encore 2 ordres de faits:

a) précoces, elles donnent lieu au meloena des nouveaux-nés. Le rôle de l'infection dans l'anorexie du nourrisson, la dyspepsie transitoire de ceux-ci, la maladie dite des vomissements habituels de Marfan, les intolérances alimentaires, semble plus discutable.

b) tardives les manifestations digestives paraissent jouer parfois dans la génèse de certains ulcères gastro-duodénaux, de réactions péritonéales en rapport avec des périviscérites, des rétrécissements, d'ailleurs exceptionnels, du tractus intestinal.

5/ <u>Les manifestations hépatiques</u> sont également de 2 ordres :

a) précoces, elles sont en rapport avec la septicémie tréponémique. Après une étude anatomique succincte la clinique est envisagée aux stades successifs du développement du foetus et de l'enfant.

a/ chez le foetus elles réalisent soit l'hydramnios à marche lente, soit l'hydramnios à marche aiguë.

muqueuses. Les lésions des phanères sont l'objet du
graphe.

b) Tardives elles s'apparentent aux formes de
tiaires de l'adulte. Sur la peau elles peuvent réali
syphilis tuberculeuses, soit des syphilides gommeuse
érythèmes tertiaires. Les lésions muqueuses et phané
beaucoup plus exceptionnelles.

2/ les manifestations hémo-lymphatiques portent surt
spécificité précoce sur la rate et les ganglions. La
lie est précitée dans tous ses caractères. L'hypertr
ne semble guère un stigmate de spécificité congénita

Les altérations sanguines comportent les aném
les anémies pseudo-leucémiques. L'oligo-sidérémie, l
hémorragiques de la première enfance ne sont imputab
tement à l'hérédo-syphilis.

Les manifestations tardives sont rappelées :
mies, certaines anémies de type pernicieux, l'hémoph
survenir avec prédilection chez des hérédo-syphiliti

3/ Les manifestations circulatoires proprement dites
qu'un court chapitre. - Seul paraît à retenir le rôl
la spécificité congénitale dans certaines anomalies
dans certaines artérites. Les dilatations veineuses
blent constituer un stigmate assez probant de syphi

4/ Les manifestations digestives englobent encore 2

a) précoces, elles donnent lieu au moins d
Le rôle de l'infection dans l'anorexie du nourrisso
transitoire de ceux-ci, la maladie dite des vomisse
de Marfan, les intolérances alimentaires, semble pl

b) tardives les manifestations digestives pa
parfois dans la genèse de certains ulcères gastro-d
réactions péritonéales en rapport avec des périvisc
rétrécissements, d'ailleurs exceptionnels, du tractu

5/ Les manifestations hépatiques sont également de

a) précoces, elles sont en rapport avec la s
némique. Après une étude anatomique succincte la cl
envisagée aux stades successifs du développement du
l'enfant.

b) tardives elles réalisent soit

b/ chez le nouveau-né, 3 syndromes peuvent s'observer: l'hépatomégalie sensiblement constante, le syndrome de cachexie progressive, des syndromes ictériques, la lésion hépatique joue enfin dans l'éclosion de certaines hémorragies.

b) Parmi les manifestations tardives, seule est à retenir la cirrhose avec médiastinite supérieure, où l'association tuberculose et syphilis est très probable.

6/ Les manifestations rénales correspondent également aux 2 stades de l'infection.

a) actives dans la syphilis précoce, elles ne sont que des manifestations secondes se traduisant par de l'albuminurie avec ou sans cylindrurie, une hématurie.

b) la syphilis congénitale tardive a un rôle assez important dans un groupe de néphropathies de la seconde enfance : néphrites à allure aigue ou subaigue, néphrites à allure chronique, parfois hypertensions pures. Les aplasies rénales ne sont peut-être pas en rapport direct avec l'infection.

7/ Les manifestations respiratoires sont l'objet du Chapitre XI. Les formes précoces sont souvent des données anatomiques, réalisant soit la dilatation cylindrique des cylindriques des bronches, soit la pneumonie blanche.

Les formes tardives sont essentiellement scléreuses, et comportent des formes bronchiques où la dilatation des bronches occupe la première place, des formes bronchiques scléreuses pouvant jouer un rôle dans certains asthmes des jeunes.

Les formes pleurales sont également une tendance scléreuse manifeste. Quant à la localisation médiastinale, elle est essentiellement inférieure. Un paragraphe terminal est consacré aux associations morbides possibles.

8/ Les manifestations osseuses ont une importance majeure. Aussi ce Chapitre est-il assez développé.

a) Les manifestations précoces correspondent chronologiquement à une localisation du tréponem sur le système osseux en période de croissance. L'os est lésé à partir du 5e mois de la gestation. La physiopathologie explique l'éclosion successive possible des 2 processus, l'un précoce, avant les 3 premiers mois de la vie; l'ostéo-chondrite, l'autre plus tardif; la périostite. Les lésions anatomo-pathologique sont décrites en raison de l'importance de leur connaissance pour l'interprétation des radiographies.

L'étude clinique et radiographique précise la symptomatologie de l'ostéo-chondrite dont le terme ultime est la Maladie de Parrot. La périostite ossifiante est ensuite envisagée. L'ostéite gommeuse est très rare, tandis que le rôle de la spécificité dans la forme

b/ chez le nouveau-né, 3 syndromes peuve
l'hépatomégalie sensiblement constante, le syndrome
progressive, des syndromes ictériques, la lésion hé
enfin dans l'éclosion de certaines hémorragies.

b) Parmi les manifestations tardives, seule
la cirrhose avec médiastinite supérieure, où l'asso
culose et syphilis est très probable.

6/ <u>Les manifestations rénales</u> correspondent égaleme
de l'infection.

a) actives dans la syphilis précoce, elles n
manifestations secondes se traduisant par de l'albu
ou sans cylindrurie, une hématurie.

b) la syphilis congénitale tardive a un rôle
dans un groupe de néphropathies de la seconde enfan
allure aigue ou subaigue, néphrites à allure chroni
pertensions pures. Les aplasies rénales ne sont peu
rapport direct avec l'infection.

7/ <u>Les manifestations respiratoires</u> sont l'objet du
Les formes précoces sont souvent des données anatom
soit la dilatation cylindrique des cylindriques des
la pneumonie blanche.

Les formes tardives sont essentiellement scl
portent des formes bronchiques où la dilatation des
pe la première place, des formes bronchiques scléro
jouer un rôle dans certains asthmes des jeunes.

Les formes pleurales ont également une tenc
manifeste. Quant à la localisation médiastinale, e
tiellement inférieure. Un paragraphe terminal est
sociations morbides possibles.

8/ <u>Les manifestations osseuses</u> ont une importance
ce Chapitre est-il assez développé.

a) <u>Les manifestations précoces</u> correspondem
ment à une localisation du tréponem sur le système
riode de croissance. L'os est lésé à partir du 5e
tation. La physiopathologie explique l'éclosion su
des 2 processus, l'un précoce, avant les 3 premier
l'ostéo-chondrite, l'autre plus tardif; la périost
anatomo-pathologique sont décrites en raison de l'
leur connaissance pour l'interprétation des radiog

ostéoclasiante est assez douteux.

b) Les manifestations tardives, après avoir été étudiées du point de vue anatomo-pathologique, sont envisagées cliniquement au niveau des os longs où elle réalise la périostite, plus rarement l'ostéomyélite gommeuse, et au niveau des os du crâne déterminant des troubles morphologiques chroniques.

Les rapports de l'hérédo-syphilis et du rachitisme sont évoqués dans un court paragraphe avant que ne soient abordées les manifestations dentaires de l'hérédo-syphilis. Parmi elles trois seulement sont indiscutables : la dent d'Hutchinson, la dent en tournevis, la dent en bourse.

9/ Les manifestations articulaires sont également de 2 ordres chronologiques :

a) Précoces, elles accompagnent parfois la maladie de Parrot, ou peuvent réaliser les rares cas de suppuration synoviale, d'arthrite suppurée, qui ont été signalés.

b) Tardives, elles comportent une forme arthralgique, une forme hydarthrosique (soit arthropathie aiguë suppurée, soit polyarthrite subaigue pseudo rhumatismale) soit enfin l'hydarthrose double chronique type Cluton), l'ostéo-arthrite (ostéite gommeuse, pseudo-tumeur blanche), l'arthrite déformante, le rhumatisme déformant, les rares cas de nero-synovite ou de bursite.

10/ Les manifestations nerveuses sont étudiées par syndromes prédominants.

Les méningites précoces sont en règle latentes et décelées par le L.C. - Tardives, elles sont très exceptionnelles et sont en général satellites de lésions sous-jacentes. La méningite tuberculeuse pour certains éclorait plus facilement chez les hérédo-syphilitiques.

Les convulsions et l'épilepsie posent un problème très délicat. L'hérédo-syphilis est à suspecter grandement dans les convulsions dites essentielles qui peuvent préluder à des épilepsies de la seconde et troisième enfance. Les syndromes syringomyéliques évoquent également l'idée d'une lésion artérielle congénitale. Il en est de même de l'hémiplégie infantile, de la maladie de Little, de la paraplégie spasmodique type Marfan.

La chorée et les tics ne semblent relever que très exceptionnellement de la syphilis, le mongolisme de même. Quant à l'hydrocéphalie, l'hérédo-syphilis ne sera suspectée dans sa génèse qu'en présence de stigmates nets.

Quant au tabès hérédo-syphilitique, aussi rare soit-il, il semble pourtant exister.

ostéoclasiante est assez douteux.

b) Les manifestations tardives, après avoir é…
point de vue anatomo-pathologique, sont envisagées c…
niveau des os longs où elle réalise la périostite, l…
l'ostéomyélite gommeuse, et au niveau des os du crân…
des troubles morphologiques chroniques.

Les rapports de l'hérédo-syphilis et du rachi…
qués dans un court paragraphe avant que ne soient ab…
nifestations dentaires de l'hérédo-syphilis. Parmi c…
lement sont indiscutables : la dent d'Hutchinson, la…
nevis, la dent en bourse.

9/ Les manifestations articulaires sont également d…
nologiques :

a) Précoces, elles accompagnent parfois la m…
ou peuvent réaliser les rares cas de suppuration sy…
thrite suppurée, qui ont été signalés.

b) Tardives, elles comportent une forme arth…
forme hydarthrosique (soit arthropathie aiguë suppu…
thrite subaiguë pseudo rhumatismale) soit enfin l'h…
ble chronique type Clutton), l'ostéo-arthrite (ostéi…
pseudo-tumeur blanche), l'arthrite déformante, le r…
formant, les rares cas de péro-synovite ou de burs…

10/ Les manifestations nerveuses sont étudiées par…
dominante.

Les méningites précoces sont en règle latent…
par le L.C. - Tardives, elles sont très exceptionn…
général satellites de lésions sous-jacentes. La mê…
leuse pour certains éclorait plus facilement chez…
philitiques.

Les convulsions et l'épilepsie posent un pr…
tical. L'hérédo-syphilis est à suspecter grandemen…
vulsions dites essentielles qui peuvent préluder à…
de la seconde et troisième enfance. Les syndromes…
évoquent également l'idée d'une lésion artérielle…
en est de même de l'hémiplégie infantile, de la mal…
de la paraplégie spasmodique type Marfan.

La chorée et les tics ne semblent relever d…
tionnellement de la syphilis. Le mongolisme de mêm…
drocéphalie, l'hérédo-syphilis ne sera suspectée q…
qu'en présence de stigmates nets.

Les syndromes neuro-végétatifs ne sont cités que pour mémoire.

11/ Les troubles mentaux sont étudiés aux Chapitres XV.

Nous n'avons pas collaboré à sa rédaction.

12/ Les manifestations endocriniennes, objet du Chapitre suivant, comportent essentiellement ce que M.V. Hutinel a groupé sous le nom de dystrophies. - Les dystrophies thyroïdiennes, parathyroïdiennes, hypophysaires et tubériennes, les syndromes séminaux et génitaux sont étudiés successivement.

Les syndromes pluri-glandulaires semblent jouer dans certaines dystrophies de l'enfance, dans certaines hypotrophies extradurales. Ces points sont l'objet des dernières pages de ce Chapitre.

13/ La syphilis acquise de l'enfant est le dernier chapitre auquel nous ayons collaboré. Il étudie rapidement les rares cas possibles de la syphilis primaire ou secondaire.

- SUR LE TRAITEMENT DE LA MENINGITE CEREBRO-SPINALE. En collaboration avec MM. PAISSEAU & TOURNANT. Bull. Soc. Méd. Hôpitaux de Paris, Janvier 1933, p. 103-108 (1).

Devant publier avant le regretté Pr. agrégé Jean HUTINEL une monographie sur la Méningite Cérébro-spinale, nous avons été amenés à étudier de très près les cas de cette affection qu'il nous a été donné d'observer durant notre année d'Internat chez M. PAISSEAU. Nous avons pu ainsi sous la direction de notre Maître traiter 13 cas de méningococcie, dont beaucoup étaient de formes graves (5 à méningocoque B, 3 chez les nourrissons).

Les échecs imputés à la sérothérapie antiméningococcique nous ont incités à publier ces faits, dont les conclusions suivantes nous paraissent devoir être tirées :

1°) Les méthodes adjuvantes, la chimiothérapie en particulier, ne doivent être considérées que comme des compléments de la sérothérapie qui conserve la première place.

2°) La virulence du méningocoque est variable selon les épidémies, voire dans une même épidémie.

---

(1) Cette communication a été publiée ultérieurement dans les Arch. de Méd. des Enfants.

Les syndromes neuro-végétatifs ne sont cités c
moire.

11/ Les troubles mentaux sont étudiés aux Chapitres

Nous n'avons pas collaboré à sa rédaction.

12/ Les manifestations endocriniennes, objet du Chap
comportent essentiellement ce que H.V. Hutinel a gro
nom de dystrophies. - Les dystrophies thyroïdiennes,
diennes, hypophysaires et tubériennes, les syndromes
génitaux sont étudiés successivement.

Les syndromes pluri-glandulaires semblent jou
nes dystrophies de l'enfance, dans certaines hypotro
rales. Ces points sont l'objet des dernières pages d

13/ La syphilis acquise de l'enfant est le dernier c
nous avons collaboré. Il étudie rapidement les rares
de la syphilis primaire ou secondaire.

- SUR LE TRAITEMENT DE LA MENINGITE CEREBRO-SPINALE
tion avec MM. PAISSEAU & TOURNANT. Bull
taux de Paris, Janvier 1933, p. 103-108(1

Devant publier avant le regretté Pr. agrégé
monographie sur la Méningite Cérébro-spinale, nous
à étudier de très près les cas de cette affection q
donné d'observer durant notre année d'Internat chez
Nous avons pu ainsi sous la direction de notre Maît
cas de méningococcie, dont beaucoup étaient de form
méningocoque B, 3 chez les nourrissons).

Les échecs imputés à la sérothérapie antiméni
nous ont incités à publier ces faits, dont les conc
tes nous paraissent devoir être tirées :

1°) Les méthodes adjuvantes, la chimiothérap
lier, ne doivent être considérées que comme des co
sérothérapie qui conserve la première place.

2°) La virulence du méningocoque est variab
démies, voire dans une même épidémie.

3°) La voie d'introduction du sérum paraît intervenir grandement : en dehors de sa posologie massive, de sa précocité, de sa spécificité éventuelle. Bien des évolutions heureuses nous paraissent dues à l'emploi systématique de la voie s/occipitale qui permet un drainage des lacs de la base et l'introduction in situ du sérum au point du maximum de la réaction méningée.

4°) La voie intramusculaire doit toujours être associée.

- LE TRAITEMENT DE LA MENINGITE CEREBRO-SPINALE. En collaboration avec M. PAISSEAU. Gazette Méd. de France, Février 1933, p. 83-88.

Dans cet article, après un rappel historique, nous nous sommes attachés a faire ressortir la valeur relative des méthodes dites nouvelles dans le traitement de la M.C.S. - Ellescpeuvent se grouper sous 3 chefs :

1) Les modifications dans l'emploi du sérum : 2 voies sont courantes : la voie lombaire, la voie s/occipitale, que nous préconisons dans toutes les formes tant soit peu sévères.

2) Les traitements adjuvants qui ne sont que des compléments: Tels les divers vaccins, l'abcès de fixation, la pyothérapie, les protéinothérapies diverses. L'endo protéine méningococcique nous paraît elle-même donner des résultats inconstants.

3) Les médications de substitution sont surtout chimiques et complètement dérivées des jaunes d'acridine...

Après cet exposé objectif, nous rappelons rapidement le traitement de la M.C.S., donnant la préférence à une sérothérapie bien conduite.

- HYPOCHLORHEMIE ET AZOTEMIE DANS LES SYNDROMES CHOLERIFORMES. (en collaboration avec M. Aubertin). La Médecine Internationale, juin 1935, p. 201-204.

Dans ce court article, destiné aux médecins-praticiens, nous nous sommes attachés à mettre en évidence le rôle important de

3°) La voie d'introduction du sérum paraît inte
dement : en dehors de sa posologie massive, de sa préc
spécificité éventuelle. Bien des évolutions heureuses
sent dues à l'emploi systématique de la voie s/occipit
met un drainage des lacs de la base et l'introduction
sérum au point du maximum de la réaction méningée.

4°) La voie intramusculaire doit toujours être

- LE TRAITEMENT DE LA MENINGITE CEREBRO-SPINALE. En co
avec M. PAISSEAU. Gazette Méd. de France,
p. 83-88.

Dans cet article, après un rappel historique,
sommes attachés à faire ressortir la valeur relative
dites nouvelles dans le traitement de la M.C.S. - Ell
grouper sous 3 chefs :

1) Les modifications dans l'emploi du sérum :
courantes : la voie lombaire, la voie s/occ
nous préconisons dans toutes les formes tan
sévères.

2) Les traitements adjuvants qui ne sont que d
Tels les divers vaccins, l'abcès de fixatio
rapie, les protéinothérapies diverses. L'en
méningococcique nous paraît elle-même donne
tats inconstants.

3) Les médications de substitution sont surtou
complètement dérivées des jaunes d'acridine

Après cet exposé objectif, nous rappellons rapideme
ment de la M.C.S., donnant la préférence à une séroth
conduite.

- HYPOCHLORHEMIE ET AZOTEMIE DANS LES SYNDROMES CHOLE
collaboration avec M. Aubertin). La Médeci
nale, juin 1935, p. 201-204.

l'hypochlorhémie dans certains syndromes cholériformes et partant, l'importance de la thérapeutique chlorurée qui en découle.

Nous avons rappelé l'origine variable de l'azotémie dans ces groupes morbides, azotémie qui relève semble-t-il, de divers facteurs : déperdition aqueuse et hyperviscosité sanguine, désintégration tissulaire, obstacle rénal rarement en rapport d'une façon manifeste avec une lésion parenchymateuse. Ces considérations sont appuyées par le rappel d'un certain nombre de publications et une exposition écourtée d'un cas d'intoxication fongique que nous avions publié antérieurement.

l'hypochlorhémie dans certains syndromes cholériform
l'importance de la thérapeutique chlorurée qui en dé

Nous avons rappelé l'origine variable de l'az
groupes morbides, azotémie qui relève semble-t-il, d
teurs : déperdition aqueuse et hyperviscosité sangu
gration tissulaire, obstacle rénal rarement en rapp
manifeste avec une lésion parenchymateuse. Ces const
appuyées par le rappel d'un certain nombre de public
exposition écourtée d'un cas d'intoxication fongique
publié antérieurement.

II

APPAREIL RESPIRATOIRE

- ABCES DU POUMON, GU[illegible]
M. PAIS[illegible] p. 97-10[illegible].

Ce cas a trait à une [illegible] volumineux abcès du po[illegible] fluence de l'[illegible] excavation com[illegible] une guérison [illegible].

Cette actio[illegible] autres preuves de l'amo[illegible] l'anamnèse, dans une amoebia[illegible] nial.

Il paraît donc qu'ici l'[illegible] en faveur de l'origine amoebienne de certa[illegible] pulmonaires, bien que les autres données [illegible] existence d'amibes ou de kystes dans les [illegible]

- SILICOSE PULMONAIRE (en [illegible] avec [illegible]) Soc. Méd. Hop. Paris - [illegible] - n° 1[illegible]

Les discussions sur l'[illegible] l'importance pronost[illegible] lose, l'intérêt médic[illegible] incités a publier le [illegible] concerne un homme de [illegible] résie séro-fibrineuse [illegible] quée systématiquement [illegible] montre un semis de m[illegible] pulmonaires, de [illegible] à 3 [illegible] flous. Toutes les r[illegible] trees négatives.

L'anamnèse [illegible] que [illegible] a travaillé comme

II

APPAREIL RESPIRATOIRE

II

APPAREIL RESPIRATOIRE

- ABCES DU POUMON, GUERI PAR L'EMETINE (en collaboration avec M. PAISSEAU). Bull. Soc. Pédiatrie, Paris.- 1935, p. 97-101.

Ce cas a trait à une fillette de 5 ans qui a présenté un volumineux abcès du poumon avec image hydro-aérique qui, sous l'influence de l'émétine, s'est transformé en moins de 8 jours en une excavation complètement asséchée et qui en 15 jours se termina par une guérison clinique et radiologique.

Cette action thérapeutique nous a incité à rechercher les autres preuves de l'amoebiase. Nous ne l'avons trouvée que dans l'anamnèse, dans une amoebiase très probable du père, vieux colonial.

Il paraît donc qu'ici l'épreuve thérapeutique soit un élément en faveur de l'origine amoebienne de certaines de ces suppurations pulmonaires, bien que les autres données cliniques (éosinophilie, existence d'amibes ou de kystes dans les selles) soient négatives.

- SILICOSE PULMONAIRE (en collaboration avec M. AUBERTIN). Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris - 1935 - n° 12, p. 615-618.

Les discussions sur l'autonomie de la silicose pulmonaire, l'importance pronostique qu'il y a à la distinguer de la tuberculose, l'intérêt médico-légal qui s'attache à ce problème nous ont incités à publier le cas d'un malade observé dans le Service. Il concerne un homme de 32 ans, terrassier, qui a présenté une pleurésie séro-fibrineuse en apparence banale. La radiographie pratiquée systématiquement en l'absence de tout symptôme fonctionnel montre un semis de micro-nodules également répartis dans les champs pulmonaires, de 2 à 3 mm. de diamètre, à centre opaque et à bords flous. Toutes les recherches concernant la Tuberculose se sont montrées négatives.

L'anamnèse nous précise que ce sujet a travaillé comme

II

APPAREIL RESPIRATOIRE

- ABCES DU POUMON, GUERI PAR L'EMETINE (en collaborat
M. PAISSEAU). Bull. Soc. Pédiatrie, Pari
p. 97-101.

Ce cas a trait à une fillette de 5 ans qui a
volumineux abcès du poumon avec image hydro-aérique
fluence de l'émétine, s'est transformé en moins de 8
excavation complètement asséchée et qui en 15 jours
une guérison clinique et radiologique.

Cette action thérapeutique nous a incité à re
autres preuves de l'amoebiase. Nous ne l'avons trouv
l'anamnèse, dans une amoebiase très probable du père
nial.

Il paraît donc qu'ici l'épreuve thérapeutique
en faveur de l'origine amoebienne de certaines de ce
pulmonaires, bien que les autres données cliniques (
existence d'amibes ou de kystes dans les selles) so

- SILICOSE PULMONAIRE (en collaboration avec M. AUB
Soc. Méd. Hôp. Paris - 1935 - n° 12, p.

Les discussions sur l'autonomie de la silico
l'importance pronostique qu'il y a à la distinguer
lose, l'intérêt médico-légal qui s'attache à ce pro
incités à publier le cas d'un malade observé dans l
concerne un homme de 32 ans, terrassier, qui a prés
résie aéro-fibrineuse en apparence banale. La radio
quée systématiquement en l'absence de tout symptôme
montre un semis de micro-nodules également réparti
pulmonaires, de 2 à 3 mm. de diamètre, à centre op
flous. Toutes les recherches concernant la Tubercul
trées négatives.

terrassier au creusement d'un tunnel dans les Alpes. La roche semble être un granit à structure porphyrique ou micro-grenue, très acide, et contenant 65 % de silice pur. La perforation au pistolet rend compte des poussières respirées par cet ouvrier.

Tout dans cette observation concorde pour admettre l'origine silicosique du syndrome clinique et radiologique.

Certains faits sont à noter :

1) la longue période de latence depuis la cessation du travail dans l'atmosphère viciée;

2) la guérison facile des 2 pleurésies séro-fibrineuses du sujet.

3) L'absence de signes de défaillance cardiaque malgré une scoliose concomitante et une existence très rude.

---

terrasser au creusement d'un tunnel dans les Alpes. L
semble être un granit à structure porphyrique ou micro
très acide, et contenant 65 % de silice pur. La perfor
pistolet rend compte des poussières respirées par cet

Tout dans cette observation concorde pour admet
ne silicotique du syndrome clinique et radiologique.

Certains faits sont à noter :

1) la longue période de latence depuis la cessa
vail dans l'atmosphère viciée;

2) la guérison facile des 2 pleurésies séro-fib
sujet.

3) L'absence de signes de défaillance cardiaque
scoliose concomitante et une existence très rude.

[illegible]

- [illegible] NINGES (en collab. avec [illegible] Pratique Médico-Chirurgicale - [illegible] édition - T. VIII, [illegible] 733.

Dans cet article didactique nous nous sommes [illegible] de mettre en évidence les caractères importants du point de vue clinique de la méningite tuberculeuse.

Après avoir étudié les facteurs étiologiques, l'anatomo-pathologie de cette pie-mérite [illegible] nous sommes étendus un peu [illegible] sur la clinique. Il nous a paru utile de souligner la rareté de la phase dite de rémission et d'insister sur les divers symptômes méningés et para-méningés qui guident le diagnostic à la phase [illegible]

III

SYSTEME NERVEUX

Parmi les formes [illegible] celle du nourrisson nous a semblé particulièrement [illegible]. Les modalités si variables de la méningite de l'adulte ne nous ont permis qu'une énumération assez détaillée des aspects [illegible]

Après avoir rappelé avec une légère réserve le pronostic toujours fatal de cette méningite, nous avons groupé les caractères essentiels du diagnostic positif qui gravite autour des données fournies par l'étude du liquide céphalo-rachidien.

Le seul point du diagnostic différentiel à souligner est celui qui concerne certaines méningites lymphocytaires curables dont des exemples ont été rapportés ces dernières années.

- MENINGITE A [illegible] DE [illegible] CHEZ [illegible] - [illegible] (en collab. avec MM. [illegible], Bull. Soc. Pédiatrie, Paris [illegible] p. [illegible].

Cette observation concerne un nourrisson de 10 mois hospitalisé à l'occasion d'une [illegible]

Le syndrome méningé est net. Le liquide C.R. trouble contient de nombreux cocci [illegible] négatifs, qui ensemencés sur gélose ascite et gélose au sang ont donné des colonies indiscutables de bacille de Pfeiffer - La thérapeutique intra-rachidienne

SYSTEME NERVEUX

- TUBERCULOSE DES MENINGES (en collab. avec M.J. HUTINEL) in Pratique Médico-Chirurgicale - III° édition - T. VIII, p.719-733.

Dans cet article didactique nous nous sommes efforcés de mettre en évidence les caractères importants du point de vue clinique de la méningite tuberculeuse.

Après avoir étudié les facteurs étiologiques, l'anatomo-pathologie de cette pie-mérite nous nous sommes étendus un peu plus sur la clinique. Il nous a paru utile de souligner la rareté de la phase dite de rémission et d'insister sur les divers symptômes méningés et para-méningés qui guident le diagnostic à la phase d'état.

Parmi les formes cliniques, celle du nourrisson nous a semblé particulièrement intéressante. Les modalités si variables de la méningite de l'adulte ne nous ont permis qu'une énumération assez détaillée des aspects morbides.

Après avoir rappelé avec une légère réserve le pronostic toujours fatal de cette méningite, nous avons groupé les caractères essentiels du diagnostic positif qui gravite autour des données fournies par l'étude du liquide céphalo-rachidien.

Le seul point du diagnostic différentiel à souligner est celui qui concerne certaines méningites lymphocytaires curables dont des exemples ont été rapportés ces dernières années.

- MENINGITE A BACILLE DE PFEIFFER CHEZ UN NOURRISSON.- GUERISONS. (en collab. avec MM. PAISSEAU & TOURNANT). Bull. Soc. Pédiatrie, Paris 1933, p. 93-97).

Cette observation concerne un nourrisson de 10 mois hospitalisé à l'occasion d'une crise convulsive.

Le syndrome méningé est nul. Le liquide C.R. trouble contient de nombreux cocci. Gram * négatifs, qui ensemencés sur gélose ascite et gélose au sang ont donné des colonies indiscutables de bacille de Pfeiffer.- La thérapeutique intra-rachidienne

SYSTEME NERVEUX

- TUBERCULOSE DES MENINGES (en collab. avec M.J. HUTIN
tique Médico-Chirurgicale - III° édition - T
733.

Dans cet article didactique nous nous sommes e
mettre en évidence les caractères importants du point
nique de la méningite tuberculeuse.

Après avoir étudié les facteurs étiologiques,
thologie de cette pie-mérite nous nous sommes étendus
sur la clinique. Il nous a paru utile de souligner la
phase dite de rémission et d'insister sur les divers
ningés et para-méningés qui guident le diagnostic à l

Parmi les formes cliniques, celle du nourrisso
blé particulièrement intéressante. Les modalités si v
méningite de l'adulte ne nous ont permis qu'une énumé
détaillée des aspects morbides.

Après avoir rappelé avec une légère réserve le
toujours fatal de cette méningite, nous avons groupé
res essentiels du diagnostic positif qui gravite auto
fournis par l'étude du liquide céphalo-rachidien.

Le seul point du diagnostic différentiel à sou
celui qui concerne certaines méningites lymphocytaire
dont des exemples ont été rapportés ces dernières an

- MENINGITE A BACILLE DE PFEIFFER CHEZ UN NOURRISSON
(en collab. avec MM. PAISSEAU & TOURNANT).
Pédiatrie, Paris 1935, p. 93-97.

Cette observation concerne un nourrisson de l
taillée à l'occasion d'une crise convulsive.

Le syndrome méningé est nul. Le liquide C.R.
contient de nombreux cocci Gram négatifs, qui en
mélangés et mêlées au sang ont donné des colon

consiste en injections lombaires et sous-occipitales de doses croissantes de gonacrine à la dilution de $\frac{1}{50.000}$. La guérison lente s'en suivit.

Ce cas tire son intérêt de la rareté des guérisons (97 % de léthalité au-dessus de 2 ans). L'action thérapeutique de la gonacrine n'est pas prouvée d'une façon indubitable. L'innocuité de cette médication justifierait des tentatives ultérieures.

IV

APPAREIL DIGESTIF

IV

APPAREIL DIGESTIF

- INTOXICATION FONGIQUE (en collab. avec M. AUBERTIN). Syndrome phalloïdien de type algido-cholériforme avec anurie et azotémie.- Traitement par la rechloruration. Guérison. Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris - N° 5 - 18 Février 1935, p. 233-238.

Cette observation concerne un homme de 41 ans qui, à la suite d'ingestion de champignons blancs a présenté un syndrome cholériforme des plus graves.

Le malade, lors de son hospitalisation, est dans un état des plus sérieux. Il donne l'aspect du cholérique par sa déshydratation massive, son teint plombé, ses évacuations alvines incessantes. L'oligurie confine à l'anurie qui se précisera le lendemain. Ce dernier jour l'azotémie est de 1 gr. 60 °/₀₀. La thérapeutique saline intense est entreprise (30 cc. de sérum salé hypertonique à 20 p. 100 intra-veineux, 500 cc. de sérum physiologique s/cutané). Dès le lendemain de cette médication l'état général est plus satisfaisant. La diurèse se rétablit. L'azotémie persiste. Le chlore plasmatique est de 3,40, le chlore globulaire de 1,3, le chlore total de 2,64. Le R.A. est de 39,7 - Le même traitement est continué. Le malade sort guéri 10 jours après son entrée.

Ce cas réalise un syndrome type d'intoxication phalloïdienne dans son mode algido-cholériforme.

On y retrouve, en effet, une incubation assez longue de 18 heures qui va avec la gravité du syndrome. L'anurie paraît fonction, et de la forte viscosité sanguine, et de la déperdition aqueuse. L'azotémie ne semble pas d'origine exclusivement rénale. La particularité de notre observation nous semble résulter du syndrome humoral. L'hypochlorémie est du même ordre que celle observée dans la néphrite hydroalgirique. Comme chez cette dernière la médication saline semble donc avoir une action favorable.

V

SYSTEME HEMO-LYMPHATIQUE

V

SYSTEME HEMO-LYMPHATIQUE

V

SYSTEME HEMO-LYMPHATIQUE

- HYPERTROPHIE DU THYMUS (en collabor. avec M. HUTINEL). in Pratique Médico-Chirurgicale, III° édition - T. VIII, p.488-493.

Dans le premier paragraphe de cet article didactique, nous avons rappelé les caractères anatomiques et évolutifs de cette glande, utiles pour sa connaissance pathologique.

L'étude symptomatique comporte 2 temps essentiels, l'un de séméiologie clinique (troubles respiratoires : le cornage thymique, les crises de dyspnée paroxystiques - troubles circulatoires - séméiologie thoracique objective), l'autre radiologique. - Ce radio-diagnostic d'une importance capitale doit être effectué dans l'inspiration. Ses résultats doivent être interprétés, l'ombre médiane à hauteur de la 2me côte variant dans le jeune âge de façon assez considérable (maximum 35 % à 20 mois, minimum 25 % à 8 ans).

Après l'étude des formes cliniques, la thérapeutique par la radiothérapie est développée par M. MAHAR.

- ANGINE HYPOGRANULOCYTAIRE (en collab. avec MM. ACHARD & HOROWITZ) Le Sang - T. VII, n° 8, 1933, p. 856-858.

Nous relatons l'observation d'une malade de 24 ans qui au cours d'accidents infectieux post-opératoires a présenté une anémie sans leucopénie mais avec hypogranulocytose. Ultérieurement la leucopénie survint (1.800) accompagnée d'angine ulcéro-nécrotique, tandis que l'hypogranulocytose persiste avec abondance de myélocytes et de formes leucocytaires jeunes. La malade meurt ayant présenté des hémorragies abondantes.

Quelques particularités nous ont incité à publier ce cas : le syndrome hémorragique, l'apparition relativement tardive de l'angine. Ce dernier fait tendrait à faire voir dans les manifestations ulcéro-nécrotiques pharyngées des syndromes granulocytaires une manifestation analogue aux altérations tardives des plaques de Peyer que l'on observe dans la F.T. après une sensibilisation préalable, ou une moindre résistance de la muqueuse.

SYSTEME HEMO-LYMPHATIQUE

- HYPERTROPHIE DU THYMUS (en collabor. avec M. HUTIN tique Médico-chirurgicale, III° édition - 493.

Dans le premier paragraphe de cet article di avons rappelé les caractères anatomiques et évoluti de, utiles pour sa connaissance pathologique.

L'étude symptomatique comporte 2 temps essen sémèiologie clinique (troubles respiratoires : le c que, les crises de dyspnée paroxystiques - troubles sémèiologie thoracique objective), l'autre radiolog dio-diagnostic d'une importance capitale doit être l'inspiration. Ses résultats doivent être interprét diane à hauteur de la 2me côte variant dans le jeun assez considérable (maximum 35 % à 20 mois, minimum

Après l'étude des formes cliniques, la théra la radiothérapie est développée par M. MAHAR.

- ANGINE HYPOGRANULOCYTAIRE (en collab. avec MM. AC Le Sang - T. VII, n° 8, 1933, p. 856-858.

Nous relatons l'observation d'une malade de cours d'accidents infectieux post-opératoires a pré sans leucopénie mais avec hypogranulocytose. Ultéri copénie survint (1.800) accompagnée d'angine ulcéro tandis que l'hypogranulocytose persiste avec abonda cytes et de formes leucocytaires jeunes. La malade présente des hémorragies abondantes.

Quelques particularités nous ont incité à pu le syndrome hémorragique, l'apparition relativemen l'angine. Ce dernier fait tendrait à faire voir da tations ulcéro-nécrotiques pharyngées des syndromes une manifestation analogue aux altérations tardive Peyer que l'on observe dans la F.T. après une sens ... de la muqueuse.

LES SYNDROMES AGRANULOCYTAIRES DE L'ENFANT (en collaboration avec M. J. VESLOT). Le Bulletin Médical, 29 Juin 1935, p.450-453.

L'agranulocytose pure entrant dans le cadre de la Maladie de Schultz-Friedmann, semble exceptionnelle chez le jeune. Les syndromes agranulocytaires sont par contre beaucoup plus courants. Ils englobent non seulement les granulopénies pures, mais aussi celles qui sont associées à des degrés variables à une érythropénie, à une hypoplaquenose ou à ces 2 syndromes.

Il semble qu'il faille en distinguer deux groupes :

a) Les formes cryptogénétiques ou essentielles, qui comportent 3 modes possibles : un syndrome bucco-pharyngé et anémique, un syndrome bucco-pharyngé avec anémie et hémorragies, enfin un syndrome agranulocytaire à allure infectieuse sans angine. Nous soulignons les divers caractères de ces modalités.

b) Les formes secondaires sont assez fréquentes. L'infection peut être à leur source, qu'elle soit locale ou générale: (à cette occasion nous rapportons une observation recueillie dans le Service de notre Maître, le Professeur NOBÉCOURT), Les intoxications semblent jouer plus rarement que chez l'adulte.

Cet article est accompagné d'une bibliographie concernant les auteurs cités.-

—

- SUBLEUCEMIE LYMPHOIDE A EVOLUTION LENTE -(en coll. avec M. AUBERTIN) Soc. fr. d'hématologie - 5 avril 1935 - Le Sang - p. 539 - 543).

Ce cas concerne un homme de 61 ans dont l'affection évolue depuis 16 ans. Le syndrome actuel est nettement subleucémique, le taux des globules blancs oscillant de 15.000 à 40.000. La mononucléose est toujours notable (de 62 à 84 %). L'adénopathie périphérique est diffuse, mais à prédiminance cervicale. La radiothérapie semble avoir eu une influence heureuse.

Cette observation est remarquable par la longue évolution de la maladie.

VI

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

VI

APPAREIL CARDIO VASCULAIRE

- LE FACTEUR MYOCARDIQUE DANS LA MALADIE DE BOUILLAUD CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE. Etude Clinique comparée, 1 volume, 175 p., 1935, Librairie Arneix.

Ce travail que nous avons poursuivi durant nos années d'Internat a pour but de préoiser la part du myocarde dans la maladie de BOUILLAUD et d'établir les modalités diverses de cette atteinte aux divers âges.

Les modes du syndrome myooardique sont étudiés aux divers âges, dans l'ordre chronologique car la date d'apparition du rhumatisme semble un des éléments prédisposants les plus oertains.

Après un rappel historique nous abordons d'emblée l'étude clinique.

Avant 3 ans. - le rhumatisme artioulaire aigu semble tout à fait exceptionnel. Nous en rapportons 2 cas, l'un chez un enfant de 22 mois, l'autre chez un garçon de 8 ans 1/2 qui tous deux présentent une lésion cardiaque. Il parait que le pronostic vital immédiat de ce rhumatisme ne soit pas trop sombre. Par contre l'avenir de l'enfant est plein d'aléas. Nous n'avons jamais relevé dans nos observations d'adultes, d'enfants un peu grands une apparition si précoce de l'affection. La carrière de ces petits rhumatisants parait donc des plus courtes.

Entre 3 et 6 ans.- La fréquence de la morbidité rhumatismale à ces âges par rapport aux rhumatismes artioulaires de l'enfance est faible. Elle est de l'ordre de 7 %. Par contre la fréquence de la morbidité cardiaque est extrême : elle s'observe, dans 85 % des cas. Il semble également que le rhumatisme cardiaque malin y soit particulièrement courant.

a) Dans la primo-infection rhumatismale cliniquement décelable, il existe toujours un syndrome myocardique fruste accompagnant l'endocardite : c'est le syndrome endo-myocardique fruste,

Il se traduit essentiellement par une tachycardie régulière modérée et surtout une cardiomégalie droite. Celle-ci est précisée par la percussion, de même que la cardiomégalie régionale auriculaire gauche qui parait beaucoup plus rare. Après avoir passé en revue les anomalies, les dissociations possibles du syndrome auscultatoire coexistant, nous abordons les données orthodiagraphiques.

APPAREIL CARDIO VASCULAIRE

- LE FACTEUR MYOCARDIQUE DANS LA MALADIE DE BOUILLAU
ET CHEZ L'ADULTE. Etude Clinique comparée
175 p., 1935, Librairie Arnette.

Ce travail que nous avons poursuivi durant no
ternat a pour but de préciser la part du myocarde da
de BOUILLAUD et d'établir les modalités diverses de
aux divers âges.

Les modes du syndrome myocardique sont étudié
âges, dans l'ordre chronologique car la date d'appari
tisme semble un des éléments prédisposants les plus

Après un rappel historique nous abordons d'en
clinique.

<u>Avant 3 ans</u>. - Le rhumatisme articulaire aigu semble
exceptionnel. Nous en rapportons 2 cas, l'un chez u
mois, l'autre chez un garçon de 8 ans 1/2 qui tous c
une lésion cardiaque. Il paraît que le pronostic vi
de ce rhumatisme ne soit pas trop sombre. Par contr
l'enfant est plein d'aléas. Nous n'avons jamais rel
observations d'adultes, d'enfants un peu grands une
précoce de l'affection. La carrière de ces petits r
rait donc des plus courtes.

<u>Entre 3 et 6 ans</u>. - La fréquence de la morbidité rh
ces âges par rapport aux rhumatismes articulaires d
faible. Elle est de l'ordre de 7 %. Par contre la f
morbidité cardiaque est extrême : elle s'observe, d
cas. Il semble également que le rhumatisme cardiaqu
particulièrement courant.

a) <u>Dans la primo-infection rhumatismale</u> cliniquemen
existe toujours un syndrome myocardique fruste asso
docardite : c'est le <u>syndrome endo-myocardique frus</u>

Il se traduit essentiellement par une tachyc
modérée et surtout une cardiomégalie droite. Celle-

L'orthodiagramme confirme cette cardiomégalie car le rapport D'G'/C G' est augmenté. Si le pronostic immédiat de ce syndrome endo-myocardique fruste est favorable, le pronostic lointain par contre est toujours grave, car il est exceptionnel, pour ne pas dire plus, qu'un adulte ait su sa première crise à cet âge.

Le syndrome myocardique grave est un fait courant. Il peut affecter deux modes : le syndrome myocardique essentiel. Nous en rapportons un cas : le syndrome myocardique grave curable dont nous donnons également un exemple.

b) Les récidives rhumatismales sont tout à fait exceptionnelles à cet âge. Elles paraissent très graves pour le myocarde.

Entre 6 et 15 ans - La morbidité rhumatismale a alors son maximum de fréquence. La fréquence de l'atteinte cardiaque semble dépasser 90 % des cas. Enfin latteinte myocardique parait se rencontrer chez 90 % des enfants rhumatisants.

1/ Les syndromes myocardiques frustes -

a) Cas de la primo-infection rhumatismale constituent la majorité des cas observés (81 %) Il peut s'associer soit à une endocardite, soit à une péricardite.

a- La première association réalise le syndrome endo-myocardique fruste (76 %)

Avec endocardite mitrale il est le plus courant (71 %) Il se traduit par des données essentiellement de percussion.

La cardiomégalie droite y est constante, la cardiomégalie auriculaire parait beaucoup plus rare. Là encore, il y a dissociation entre les caractères, la date d'apparition des souffles orificiels. Nous appuyons notre opinion sur 7 observations.

Avec endocardite aortique accompagnée ou non d'aortite rhumatismale, le syndrome myocardique fruste est plus rare.

b- La seconde association réalise le syndrome myocardo-péricardique fruste (12,5 % des cas) - L'algie précordiale est alors fréquente. La séméiologie objective comporte des donnés semblables aux précédentes avec en outre le frottement.

L'évolution se fait en règle vers la résolution.

Le pronostic immédiat d'ensemble de ce syndrome myocardique fruste de primo-infection est en général favorable. Le pronostic lointain est fonction surtout du rythme des poussées rhumatismales à venir. Si le rythme est rapproché (quelques mois, un an) l'enfant sera emporté au milieu d'un syndrome myocardique grave.

- -

L'orthodiagramme confirme cette [illegible]
'G'/C G' est augmenté. Si le pronostic [illegible]
endo-myocardique fruste est favorable, le [illegible]
[illegible]tre est toujours grave, car il est exce[illegible]
[illegible]tre plus, qu'un adulte ait eu sa première [illegible]

Le syndrome myocardique grave est u[illegible]
affecter deux modes : le syndrome myocardi[illegible]
rapportons un cas : le syndrome myocardique [illegible]
nous donnons également un exemple.

b) Les récidives rhumatismales sont tout à [illegible]
cet âge. Elles paraissent très graves pour [illegible]

Entre 5 et 15 ans - La morbidité rhumatisma[illegible]
de fréquence. La fréquence de l'atteinte [illegible]
90 % des cas. Enfin l'atteinte myocardique [illegible]
chez 90 % des enfants rhumatisants.

1/ Les syndromes myocardiques frustes -

a) Cas de la primo-infection rhumat[illegible]
jorité des cas observés (81 %) Il peut s'[illegible]
cardite, soit à une péricardite.

a- La première association réalise le syn[illegible]
fruste (76 %)
Avec endocardite mitrale il est le [illegible]
Il se traduit par des données essentielle[illegible]
La cardiomégalie droite y est cons[illegible]
lie auriculaire paraît beaucoup plus rare [illegible]
sociation entre les caractères, la date d[illegible]
orificiels. Nous appuyons notre opinion s[illegible]

Avec endocardite aortique accompag[illegible]
matismale, le syndrome myocardique fruste [illegible]

b- La seconde association réalise le synd[illegible]
fruste (1,5 % des cas) - L'algie précord[illegible]
sémélologie objective comporte des do[illegible]
de tes avec en outre le frottement.

L'évolution se fait en [illegible] gle vers [illegible]

Le pronostic immédiat d'ensemble [illegible]
fruste de primo-infection est en général [illegible]
lointain est fonction surtout du rythme [illegible]
[illegible]

b) Les syndromss myooardiques frustes lors des récidives rhumatismales sont plus rares qus les préoédents. Ils affectent le même symptomatologie s'ils surviennent à de longues années de distanoe.

II/- Les Syndromes myooardiquss graves s'observent dans environ 12% des oas.

a- Dans la primo-infeotion ils se renoontrent d'autant plus que l'enfant est plus jeune.- 3 types morbides peuvent se réaliser l'un à début insidieux où seuls les signes objeotifs de méioplagie myooardique, oardiomégalie, galop se traduisant, l'un à forme oedémateuse où l'infiltration tissulaire l'emporte, le dernier enfin, primitif.

b- Lors des réoidivss : le syndrome grave est l'apanage des enfants âgés.

Le devenir de l'enfant rhumatisant est dono oonditionné par divers facteurs. L'âge adulte ne sera atteint que si une série de oonditions est réalisée.

1°) que la première poussée soit postérieure à l'âge de 6 ans

2°) que ostte première atteinte ne soit pas suivie immédiatement d'un syndrome myooardique grave que traduira surtout une oardiomégalie globale et préooce.

3°) que les réoidives ultérieures de son rhumatisme aient un rythme lent, espaoées d'années entre elles.

A oe prix l'snfant peut atteindre l'âge d'homme. Il aura, en effet, passé les deux oaps rhumatismaux qui oonstituent les deux syndromes myooardiques graves, de primo-infeotion et des récidivss rhumatismales.

Il restera pourtant en règle porteur d'une lésion valvulaire adulte, il aura à passer le oap oardiaque, moins sérieux immédiatement que les préoédents.

Chez l'adulte - L'atteinte myooardique peut s'obssrver enoore dans 2 oonditions distinotss : lors de la primo-infsotion, ou lârs des réoidives.

I) La primo-infeotion rhumatismale, s'observe dans 25 % des oas de rhumatismes de l'adulte.

- Le syndroms myooardique fruste est susoeptibls:

a) ds suooéder aux arthralgies. Le faotsur myooardique est surtout déterminé par l'éleotro-oardiogramme.

b) essentiel il existe mais d'une observation difficile. Certains faits de cet ordre ont été notés.

- Le syndrome myocardique grave de primo-infection ne semble pas l'apanage d'un âge déterminé.

Cliniquement, il en est encore 2 types :

a) Succédant aux arthralgies il peut affecter 3 modes : une forme cardiaque pure, dont nous rapportons un cas (Obs. 23), une forme avec atteinte de l'état général, une forme oedémateuse enfin.

b) Le syndrome myocardique grave essentiel n'est pas très rare. Le tableau morbide est général à grand fracas d'un diagnostic délicat en l'absence d'arthralgies.

2 modes sont à distinguer, l'un avec oedème pulmonaire, l'autre avec angor.

En conclusion, lors de la première atteinte articulaire chez un adulte le syndrome myocardique grave s'observe surtout.

II) Les récidives rhumatismales de l'adulte sont beaucoup plus courantes (70 % des cas). L'atteinte myocardique peut réaliser encore les 2 types.

a) Le syndrome myocardique fruste est décelé par l'électrocardiographie car la cardiomégalie est absente.

L'électrocardiogramme, en concordance avec la clinique, précise divers modes possibles :

- Les extra-systoles paraissent rares (5 % des cas)/
- La bradycardie sinusale apparait à la phase d'état. Sa fréquence est diversement appréciée - Il semble qu'on la rencontre dans environ 40 % des cas. Mais elle est transitoire et, s'accompagne d'un allongement du temps de conduction/
- Les troubles de la conduction comprennent un chapitre important de ce syndrome léger.
L'allongement du temps de conduction simple de 0",20 à 0"50 parfois.

La dissociation auriculo-ventriculaire incomplète est une modalité plus sévère. Elle est beaucoup plus rare.

La dissociation auriculo-ventriculaire complète est exceptionnelle.

- L'arythmie complète due réellement au rhumatisme est exceptionnelle. Une douzaine de cas sont rapportés dans la littérature. Son pronostic est relativement favorable car elle se termine comme elle débute, brusquement.

- Les tachycardies sont d'inégale importance :

La tachycardie nomotope est banale à la période fébrile et n'aura de valeur symptômatique qu'au décours de l'affection.

Les crises de tachycardie sinusale sont exceptionnelles.

Les tachycardies hétérotopes sont également des raretés.

- La sémiologie objective, en dehors des données électrocardiographiques, est peu riche.

En conclusion : dans l'immense majorité des cas la récidive rhumatismale chez l'adulte engendre des troubles myocardiques. Si le rythme des poussées de la maladie de Bouillard est lent, ils restent légers portant uniquement sur le rythme cardiaque. A l'encontre de ce qui se passe chez le jeune, il n'est pas de cardiomégalie même régionale.

Un caractère commun lie pourtant ce syndrome myocardique fruste à celui de l'enfant. Il est du caractère évolutif car ces deux syndromes sont également résolutifs.

- Ces divers paragraphes sont illustrés d'observations de malades que nous avons pu examiner dans le Service de M. Aubertin,

b) Le syndrome myocardique grave nous paraît beaucoup plus exceptionnel.

a) La cardite récurrente correspond à un remaniement lésionnel à la suite d'une nouvelle poussée. Nous en rapportons un cas.

b) Le rhumatisme cardiaque secondairement évolutif est beaucoup plus rare si on a soin de distraire de ce cadre l'asystolie banale du cardiopathe avancé.

Lors des récidives rhumatismales de l'adulte on peut assigner aux syndromes myocardiques certains caractères :

1°) Dans la grande majorité des cas l'adulte rhumatisant a un passé pathologique remontant à l'enfance ou à l'adolescence. Si ces poussées articulaires surviennent à un rythme lent, espacées de plusieurs années, la nouvelle crise algique ne s'accompagnera que d'un syndrome myocardique léger, portant sur le ryhtme cardiaque sans cardiomégalie, et dont la résolution rapide, spontanée, est à augurer.

2°) Le syndrome myocardique grave est beaucoup plus exceptionnel. Il sera à redouter ici si les crises rhumatismales reprennent un rythme rapide, serré, survenant de mois en mois.

Malgré la gravité apparente, du fléchissement cardiaque lors d'une cardite récurrente, le pronostic vital immédiat est favorable. Le rhumatisme cardiaque secondairement évolutif, hyperpyrétique, salicylo-résistant, comporte par contre un avenir proche des plus sombres.

Le devenir lointain des Syndromes myocardiques dans la Maladie de BOUILLARD est l'objet du dernier paragraphe de ce Chapitre.

- Dans l'hypothèse la plus heureuse le rhumatisme peut être absolument oublié ne laissant aucune séquelle clinique, radiologique ou orthodigraphique. - Il faut alors que la Ière crise soit apparue après 6 ans et que le rythme des poussées nouvelles soit des plus lents.

- Le facteur myocardique dans les séquelles valvulaires du rhumatisme articulaire aigu semble peu important quant à l'altération d'origine infectieuse du muscle.

  Nous en donnons des exemples dans l'insuffisance mitrale, le rétrécissement mitral, la maladie mitrale et l'insuffisance aortique.

- Ce facteur myocardique rhumatismal semble également sans action sur les sujets porteurs de lésions cardio-vasculaires non rhumatismales. - Il en est ainsi dans l'ortite syphilitique, l'aortite athéromateuse, la myocardite dite sénile. Nous citons des observations à l'appui de notre opinion.

La mort des rhumatisants est le sujet du Chapitre V.-
Elle n'est due que dans 3I,2 % des cas au rhumatisme en période active. - La léthalité la plus forte est secondaire à l'asystolie progressive (23 % des cas), aux accidents cardio-vasculaires aigus (I4 %) aux endocardites infectieuses (15,3 %), aux autres maladies, (I2, 1 %) -

Des hypothèses pathogéniques (Chapitre VI) il paraît ressortir que le le syndrome rhumatismal du jeune peut s'expliquer par le rôle intriqué de 2 facteurs: l'un mécanique, l'autre infectieux, ce dernier relevant d'une myocardite fruste et résolutive.

-:-:-:-:-:-

Le devenir lointain des Syndromes myocardiques
dits de BOUILLAUD est l'objet du dernier paragraphe

- Dans l'hypothèse la plus heureuse le rhumatisme peu
ment oublié ne laissant aucune séquelle clinique, r
orthodiagraphique. - Il faut alors que la Ière crise
après 6 ans et que le rythme des poussées nouvelle
lente.

- Le facteur myocardique dans les séquelles valvulai
tisme articulaire aigu semble peu important quant
d'origine infectieuse du muscle.

Nous en donnons des exemples dans l'insuffisa
rétrécissement mitral, la maladie mitrale et l'ins
tique.

- Ce facteur myocardique rhumatismal semble égalemen
sur les sujets porteurs de lésions cardio-vasculai
tismales. - Il en est ainsi dans l'ortite syphilit
athéromateuse, la myocardite dite sénile. Nous cit
vations à l'appui de notre opinion.

La mort des rhumatisants est le sujet du Chapitre V.-
Elle n'est due que dans 31,2 % des cas au rh
période active. - La léthalité la plus forte est a
l'asystolie progressive (23 % des cas), aux accide
culaires aigus (14 %) aux endocardites infectieuse
autres maladies, (12, 1 %) -

Des hypothèses pathogéniques (Chapitre VI) il paraît re
le syndrome rhumatismal du jeune peut s'expliquer
trigue de 2 facteurs: l'un mécanique, l'autre infe
nier relevant d'une myocardite fruste et résoluti

-:-:-:-:-:-

APPAREIL URINAIRE

NÉPHRITES DE L'ENFANCE ET ULTRA-VIRUS TUBERCULEUX (en collaboration avec M.M. G. PAISSEAU, J. VALTIS et F. van DEINSE). Bull. Soc. Méd. Hôpitaux de Paris,1933, 3I mars p.474-479.

Cette communication repose sur l'observation de 4 cas de néphropathies de l'enfance. Les sujets, bien qu'ayant une cuti-réaction à la tuberculine,négative également avaient une réaction dermique positive au filtrant de culture jeune de bacille tuberculeux.

Parmi les 4 malades étudiés 2 présentaient une néphrite avec lipoïdose.

Les inoculations des urines ont été négatives dans 2 cas. Dans un cas dont l'observation est rapportée elle s'avèra positive, donnant au 2ème passage sur le cobaye des bacilles typiques,non pathogènes pour l'animal et semblant correspondre à la tuberculose spéciale du type Calmette-Valtis.

Ces résultats concordants des intra-dermo positives au filtrant et de l'inoculation positive au cobaye des urines plaident en faveur de la nature tuberculeuse de certaines néphrites de l'enfance, plus particulièrement des néphrites avec oedème et même des néphrites avec lipoïdose.

LES NEPHROSES DE L'ENFANT (en coll. avec M. PAISSEAU). Gazette Médicale de France - N° 2 Janvier 1934 - p.62-65.

Dans cette courte monographie, nous nous sommes attachés à mettre en évidence à l'aide d'exemples personnels les caractères de la néphrose lipididique tant chez le nourrisson que chez l'enfant plus âgé.

- Dans la première enfance la néphrose paraît exceptionnelle.

Ce syndrome n'a été signalé que 4 fois dans la littérature.

Cliniquement, il se manifeste comme plus tard par de l'oedème et une albuminurie massive. Le syndrome urinaire ne présente pas la pureté que l'on observe chez l'adulte. À côté des corps bi réfringents, il existe le plus souvent des hématies,des cylindres granuleux qui signent l'atteinte rénale. Les troubles humoraux sont caractérisés également au premier chef par l'hypercholestérolémie; mais celle-ci n'est que relative, car il convient de tenir compte du taux plus bas de ce lipoïde dans le sang du jeune. L'inversion du rapport sérine-globuline est moins caractéristique que chez l'adulte. À l'appui de ces données,nous résumons l'observation d'un cas observé dans le Service chez un nourrisson de 15 mois.

La néphrose de la seconde enfance étant beaucoup plus connue,nous nous attachons seulement à en préciser certains caractères qui nous semblent importants. Parmi ceux-ci l'absence du syndrome pur est le plus caractéristique. L'association à une néphrite est très courante, aussi convient-il plutôt de parler de néphro-néphrite que de néphrose pure - Nous résumons, à l'appui de cette thèse, 3 cas observée à l'Hôpital Trousseau.

Nous rappelons,en terminant, un fait particulier : l'existence d'intra-dermo-réactions dissociées à la tuberculine ou au filtrat et les données des inoculations pratiquées avec les urines de ces sujets et qui ont montré l'existence de bacilles acido-alcoolo-résistants aux passages successifs et présentant les caractères de l'ultra-virus tuberculeux.

DIVERS

Le NEM—-SYSTÈME . Son principe, son application à l'alimentation des Nourrissons.- Archives de Médecine des Enfants. T. XXXIV n° 11 - Novembre 1931 - p.645-655.

Cette méthode alimentaire, inventée pendant la grande guerre par le Pr PIRQUET, est d'application courante en Autriche. L'unité alimentaire est la valeur nutritive d'un gramme de lait. La ration est étudiée en fonction de la "hauteur assise" (sitzhöhe) qui dépend elle-même de la surface intestinale absorbante.

Partant de ces données les taux d'aliments ont été établis par l'expérimentation et rapportés à une hauteur assise selon l'âge de l'enfant. Cette mesure permet à l'aide d'un tableau de trouver aussitôt quelle ration convient.

Les résultats que nous avons pu observer nous-même à la Clinique de Vienne nous ont incité à rappeler l'intérêt de cette méthode dont l'emploi nécessite pourtant une étude serrée de la part du médecin et un personnel hospitalier nombreux et très au courant.

UN CAS DE DUPLICITÉ DU SEGMENT SOUS-RÉNAL DE LA VEINE CAVE INFERIEURE.- Annales d'Anatomie Pathologique et d'Anatomie Normale, N° 8, 1925.-

Après avoir décrit cette anomalie veineuse nous rappelons les cas publiés dans ce cadre tératologique depuis le Mémoire de M. Augier en 1914.

Il semble que les conclusions de cet auteur soient confirmées et que la fréquence des anomalies de la veine cave inférieure soit assez grande. Celles-ci paraissent résulter d'un arrêt du développement embryogénique à un stade avancé, avec persistance de la veine cardinale inférieure gauche.

Nous terminons cette courte publication en décrivant une anomalie artérielle hématique que nous avons relevée sur le même cadavre.

– —